



ESCUELAS PÚBLICAS DEL CONDADO DE PRINCE GEORGE
Oficina de Servicios de Salud

REPORTE DE INCIDENTE DE ERROR DE MEDICAMENTO

INSTRUCCIONES: Por favor complete un reporte de incidente de error de medicamento para cada error de medicamento / casi accidente.
También no olvide ESCRIBIR con claridad y adjunte una copia de los documentos que le respaldan nombrados a continuación:

- El formulario de orden de medicamento recetado
Expediente de Administración de Medicamento Estudiantil (MAR)
Inventario de medicamentos controlados (si corresponde)
Notas narrativas

Formulario completado por \_\_\_\_\_ RN/ LPN/ CMT (encierre en un círculo)

Estudiante \_\_\_\_\_ (Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_) Escuela \_\_\_\_\_

Fecha del error/Casi error \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora del error/Casi error \_\_\_\_\_AM/PM Fecha que se reportó \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nombre de la persona que reportó el error/casi error:

Nombre de la persona que reportó el error/casi error: \_\_\_\_\_
Agencia RN Escuela RN LPN CMT Personal sin licencia

Nombre de la persona que hizo el error/casi error: \_\_\_\_\_
Agencia RN Escuela RN LPN CMT Personal sin licencia

Parte I: Notificación del error/casi error

Enfermera que delega y/o Gerente de enfermera notificada? Sí No Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_AM/PM

Si la respuesta es sí; Nombre \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no; Explique \_\_\_\_\_

El médico fue notificado por la (Enfermera Solamente) Sí No Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_AM/PM

Si la respuesta es sí; Nombre \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no; Explique \_\_\_\_\_

Padre/tutor/miembro de la familia ¿fue notificado por la enfermera? Sí No Fecha \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_AM/PM

Si la respuesta es sí; Nombre \_\_\_\_\_Parentesco \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no; Explique \_\_\_\_\_Parentesco \_\_\_\_\_

(Si usted dejó un mensaje con alguien que no sea el padre/tutor o miembro de la familia, por favor indique el parentesco con el estudiante)

Parte II: Descripción del resultado del error/casi error

Descripción del error/casi error de medicamento

Nombre del medicamento \_\_\_\_\_ Dosis \_\_\_\_\_ Vía \_\_\_\_\_ Hora que se ordenó \_\_\_\_\_AM/PM

Resultado del error/casi error del medicamento para el estudiante

